

Article

« La création de partenariats : perspectives et possibilités »

Georgiana Beal, Elva Crawford et Patricia O'Flaherty

Santé mentale au Québec, vol. 22, n° 2, 1997, p. 154-169.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032420ar>

DOI: 10.7202/032420ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



La création de partenariats : perspectives et possibilités

Georgiana Beal*

Elva Crawford**

Patricia O'Flaherty***

Cet article réexamine l'accès au traitement et au soin dans le contexte actuel de compressions budgétaires et de changements dans les soins. Adoptant le point de vue selon lequel le développement de partenariats avec tous les intervenants en santé mentale est un processus important, les auteures estiment que ce processus n'est pas suffisamment discuté. De plus, la création d'une relation de partenariat avec les personnes souffrant de troubles mentaux est négligée. Les auteures examinent les mécanismes de changement dans les relations à partir du moment où les soins ont été transférés des grandes institutions prodiguant l'ensemble des soins aux hôpitaux généraux et finalement à la communauté. Elles discutent comment les professionnels, les non-professionnels, les individus souffrant de troubles mentaux et leurs familles ont été affectés par ces changements en ce qui a trait aux alliances qui ont été constituées et maintenues. En conclusion, elles examinent deux cas qui illustrent la réconciliation et la non-réconciliation de points de vue divergeants entre partenaires et qui affectent fort probablement les résultats cliniques.

Il était une fois, « dans le bon vieux temps », une croyance selon laquelle les individus souffrant de troubles mentaux avaient un accès rapide au traitement et aux soins prolongés dans de grandes institutions prodiguant un ensemble de soins. La controverse au sujet de l'accès, du traitement, des soins et du suivi était minimale. Or, cette vision du passé est loin de la vérité. Malgré la fantaisie selon laquelle les asiles étaient en mesure de fournir des traitements de façon opportune, efficace et rationnelle au temps où tout était situé au même endroit, en réalité le processus était plutôt jalonné de difficultés. Le refus du patient, le manque de clarté quant à l'accès aux soins, les limites des traitements dispo-

* N. Ph.D., Mme Beal est infirmière, clinicienne et professeure au département de nursing de l'hôpital Royal Victoria, à l'Institut Allan Memorial et à la Faculté de nursing de l'Université McGill.

** N. M.A., Mme Crawford est infirmière en chef de la clinique externe de l'Institut Allan Memorial.

*** N.M.A., Mme O'Flaherty est infirmière en chef de l'unité de thérapie à court terme de l'Institut Allan Memorial.

nibles pour agir sur les problèmes, tout cela se combinait pour former des obstacles et ajouter à la confusion à la fois pour le patient et pour sa famille. Ainsi, malgré le besoin d'imaginer parfois que les façons de faire du passé étaient meilleures, la littérature n'appuie certainement pas ce point de vue (Clausen et Yarrow, 1955).

Au cours de cette période, des changements dans les relations et des points de vue conflictuels formaient un obstacle majeur sur le chemin des soins. Cet article examine comment les traitements et les soins de ces malades ont évolué depuis le début dans les grandes institutions jusqu'aux hôpitaux généraux et maintenant dans la communauté, engendrant des changements dans les rapports professionnels qui non seulement affectent les relations avec les patients mais aussi modifient les relations entre professionnels. La transformation du foyer de soins a un impact important à la fois sur la capacité des professionnels à contrôler les traitements et les soins et sur la capacité du patient à contrôler sa destinée à l'égard de l'adaptation (coping) à la maladie mentale. Un accent particulier sera mis sur la façon dont les changements dans la relation professionnel-patient ont un effet sur les connexions quotidiennes entre professionnels ainsi que sur les alliances entre professionnels et non-professionnels alors que tous tentent de s'ajuster aux changements de politique qui confrontent tous les dispensateurs de soins en ces temps chaotiques.

De l'asile à l'hôpital général

À la fin des années 1950, le transfert des soins psychiatriques de l'asile aux unités psychiatriques des hôpitaux généraux a influencé le travail des cliniciens de ces hôpitaux, particulièrement pour le traitement des personnes psychotiques. Il fallut un certain temps à l'équipe psychiatrique formée d'infirmières, de médecins généralistes, de psychologues et d'ergothérapeutes de l'hôpital général pour s'ajuster à la nouvelle réalité. Toutefois, à mesure que cette équipe professionnelle s'habitua à traiter, gérer la population psychotique et à lui fournir un suivi, l'accent allait lentement passer du point de vue voulant que de tels individus étaient largement intraitables, et aient un besoin constant de refuge à celui voulant qu'on fasse des efforts plus intensifs pour dispenser des soins fondés sur une évaluation individualisée des besoins, médicaux, sociaux, psychologiques, et de réadaptation. En fait, l'adaptation se produisit assez rapidement grâce aux nouveaux concepts de soins introduits à partir de recherches et de pratiques cliniques. Par exemple, des idées comme celles de milieu thérapeutique et d'interdisciplinarité (Gutheil, 1985) ou d'écoute thérapeutique (Goering et

Stylianou, 1988) ont favorisé le développement de relations intra-professionnelles au sein de l'environnement structuré de l'hôpital général.

Les relations professionnelles de l'hôpital se fortifiaient à mesure que les cliniciens formaient des partenariats, habituellement nommés l'équipe, alors que tous travaillaient ensemble à développer des plans de soins et de traitements ayant comme objectif ultime de ramener le patient dans la communauté. Aujourd'hui, dans les années 90, au sein d'un milieu hospitalier, ces alliances construites si produmment sont perturbées, car le foyer de soins est déplacé vers des partenariats avec des professionnels et des non-professionnels à l'extérieur de l'hôpital. De plus, l'accent est maintenant mis sur le patient comme étant le partenaire le plus important dans la planification et la dispensation des soins pour ses troubles mentaux. Il n'est pas surprenant que ces changements de relations soient souvent interprétés par les professionnels de l'hôpital comme étant chaotiques et incertains au sein du système de soins de santé.

Quelle est la nature des relations entre les professionnels qui travaillent en milieu hospitalier? Peut-être que l'aspect le plus important du développement de ces relations est le processus par lequel les praticiens apprennent en général à voir les choses de la même façon. Cela s'accomplit de diverses manières. D'abord, le contexte de l'environnement social du travail dans un hôpital est important, et les cliniciens travaillent fort à contrôler ce milieu. La croyance tacite est qu'un tel contrôle est nécessaire dans un environnement qui est très chaotique vu la nature de la population de patients qui y est soignée. Deuxièmement, dans les activités quotidiennes, un même point de vue est établi, avec un vocabulaire commun, qui soutient certaines réalités. Troisièmement, les politiques et les procédures sont développées en consensus, permettant aux infirmières ou aux médecins d'engager des activités cliniques déterminées par des pratiques déjà convenues. Examinée de près, il s'agit véritablement d'une structure qui permet aux membres d'être partie d'un groupe, tantôt en mélangeant leur rôle, tantôt en préservant une identité propre mais toujours en partageant un objectif commun : soigner des gens souffrant de troubles psychiatriques.

Aujourd'hui, de nouveaux défis apparaissent. Des soignants, professionnels et non professionnels, viennent s'ajouter au groupe précédent, et à mesure que de nouveaux groupes sont constitués, toutes les relations doivent être revues. Cette réalité soulève de nouvelles et importantes questions à discuter. Qui a la responsabilité ultime du patient? Est-ce le travailleur communautaire, l'équipe hospitalière ou le médecin généraliste? Pour certains travailleurs communautaires, tout ce dont les

patients auraient besoin de la part des professionnels de l'hôpital, c'est d'une simple prescription pour des médicaments. Les travailleurs communautaires pourraient dispenser le reste des soins. Contestant ce point de vue, les professionnels de l'hôpital estiment que les patients requièrent l'expertise de professionnels : infirmières, ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux et psychiatres. À d'autres moments, le travailleur communautaire insistera sur le fait que le patient a besoin de soins à l'hôpital, alors que les cliniciens estiment qu'une admission n'est pas nécessaire. Des conflits et des questions de contrôle surgissent quand les professionnels de l'institution croient qu'ils sont les responsables, que les travailleurs communautaires croient que c'est eux et que les individus souffrant de troubles mentaux croient aussi qu'ils sont responsables d'eux-mêmes. Se pourrait-il que les professionnels des hôpitaux généraux passent maintenant par le même chemin que les soignants des asiles des années 50 et 60, qui ont ressenti cette perte des soins et du contrôle ? Toutefois, il y a maintenant un facteur supplémentaire. Dans les années 50 et 60, les patients n'avaient presque aucun pouvoir sur leur destinée. Aujourd'hui, des attentes différentes soutiennent les patients ayant de l'*input* et assumant un certain contrôle de leur propre soin (White, 1992).

Les relations avec les individus ayant un diagnostic psychiatrique

Les relations entre les professionnels et les patients ont souvent été basées sur les problèmes éprouvés par les individus en conséquence de leur pathologie. Le fondement de la relation entre les professionnels et le patient ayant des troubles mentaux, c'est la compréhension implicite que le chaos et l'incertitude de la folie peuvent être contenus et traités par expertise professionnelle. La famille a souvent appuyé cette croyance. Cependant, on a démontré que l'équipe professionnelle échoue souvent à reconnaître la contribution qu'apporte à la relation la personne ayant un trouble mental ; et que peu d'attention a été apportée au rôle des relations sociales en général dans le rétablissement de troubles psychotiques (Breier et Strauss, 1984 ; Priebe et al., 1993 ; Gilbert et Ugelstad, 1994). Faute de percevoir vraiment une personne à l'extérieur des processus pathologiques, on renforce la position de l'expertise professionnelle comme étant essentielle au traitement de la pathologie. Cela veut dire en pratique que le patient dépend d'une expertise spécifique du professionnel pour l'aider à développer de l'*insight* sur sa maladie, à prendre ses médicaments et à revoir son style de vie. Selon une présomption tacite répandue au sein des professionnels de l'hôpital, si seulement le patient se comportait de la façon qu'eux

considèrent éclairante et rationnelle, plusieurs des problèmes pourraient être atténués.

Cette façon de voir les problèmes influence aussi la perception de la prise de décisions des individus et des familles. Les professionnels hospitaliers exercent un contrôle sur l'espace et le temps clinique de leur clientèle; ils essaient d'améliorer à la fois les symptômes positifs et négatifs de la pathologie; ils s'attendent à des changements dans le comportement à cause de leur influence et sont déçus quand leurs postulats et leurs objectifs ne sont pas pleinement atteints. Maintenant, les cliniciens doivent faire face à une proposition d'ajouter une autre dimension, notamment l'idée d'un partenariat entre les professionnels de l'hôpital, les professionnels et les non-professionnels de la communauté, les patients et leur familles. Comment ce concept peut-il être réalisé?

Partenaires de qui ?

Au Québec, la plupart des services sociaux et de santé sont dispensés à travers un réseau public intégré et régionalisé, mis en place entre 1971 et 1973 (White et Beal, 1992). Les politiques en santé mentale au Québec ont été élaborées en 1988-89 à la suite du rapport Harnois (1987) qui prônait une approche globale multidisciplinaire fondée sur les besoins de l'individu. La Commission Rochon (1988) préconisait de mettre un accent plus grand sur l'égalité des partenaires dans le processus de soins, y compris les personnes souffrant de troubles mentaux et leur familles. Toutefois, la Commission n'a pas examiné comment ce partenariat devait se développer. Le rapport Harnois, *Pour un partenariat élargi* (1987), recommandait diverses tactiques pour privilégier une pleine participation de la famille : l'accès à l'information, par exemple, ou l'établissement de ressources externes (White et Jutras, 1990). La réforme subséquente a mis l'accent, entre autres, sur la continuité des soins pour les individus et sur le développement d'un partenariat entre individus, familles, soignants et professionnels. Un aspect du partenariat est la relation entre le soignant informel ou le travailleur non professionnel et le réseau professionnel public (White et Jutras, 1990). Récemment, le partenariat a inclus les professionnels, les travailleurs communautaires, les membres de la famille et d'autres dans la communauté de même que la personne elle-même (Boudreau, 1987). Toutefois, la façon dont ces partenariats doivent être mis en marche n'est pas encore claire.

Dans le cas des malades mentaux, la littérature indique que les professionnels du système public ont joué un rôle clé en exhortant le gouvernement à créer un système communautaire de soutien pour ceux

qui ont besoin de services en santé mentale. Toutefois, certains argumentent que cette stratégie reflète le besoin professionnel de retenir l'autorité sur les soignants non professionnels (White et Jutras, 1990), et de ne pas concéder le « contrôle » à la communauté.

On doit reconnaître qu'une grande variété d'individus et de groupes, de planificateurs de services, de dispensateurs de soin, de chercheurs et de législateurs (Bachrach, 1989) sont préoccupés par les problèmes des personnes souffrant de troubles sévères et persistants. Ces individus et groupes ont des vues disparates sur le partenariat et sur les solutions à donner aux problèmes. Les professionnels hospitaliers peuvent trouver difficile de reconnaître un non-expert comme partenaire égal dans la dispensation des soins aux malades mentaux. Le développement de relations collégiales avec tous les partenaires dans le champ complexe de la santé mentale est un processus qui ne peut, par définition, suivre un chemin sans obstacle. Il semble que les praticiens de l'hôpital général ne s'inquiètent non seulement du partenaire pour qui la seule chose dont aurait besoin un schizophrène est un médicament : ils sont aussi préoccupés par une législation qui apparemment ne prévoit pas de suivi ni de services dans la communauté. De plus, il y a une multitude d'environnements physiques où ces nouveaux partenariats s'effectuent, et les conceptions et le vocabulaire diffèrent considérablement. En fait, certaines relations à l'extérieur de l'hôpital pourraient engendrer de nouveaux conflits et un autre genre de chaos étant donné un manque de perspective commune.

La littérature récente illustre ce chaos, du moins aux États-Unis (Bachrach, 1991). On manque d'une définition claire des rôles et des liens entre les différentes agences. On a tenté d'apporter des clarifications avec des modèles qui font une distinction entre les formes organisationnelles et les stratégies administratives (Reinke et Greenley, 1986). Par exemple, la psychiatrie communautaire habituellement perçue comme travail clinique avec des professionnels et des équipes ambulatoires est différenciée de la santé mentale communautaire, qui peut utiliser des non-professionnels offrant des contacts sociaux et une évaluation quotidienne des besoins. Dans le contexte clinique d'un hôpital général au Québec, la façon dont les professionnels et les autres travailleurs de CLSC, de répit communautaire ou de service d'hébergement ou de réadaptation exercent en fait leur pratique, demeure floue. Dans le contexte actuel, il est fort peu probable qu'on considère de définir les agences communautaires comme traitant de questions sociales autour de réseaux, ou réduisant le stigmate psychiatrique, ou encore faisant du travail de réadaptation, alors que les cliniciens des hôpitaux

avec leur vue commune de symptômes, d'exacerbation et de dysfonction grave pourraient gérer les soins continus et la réadaptation éventuelle (Bachrach, 1992).

Le concept de continuité des soins est un autre facteur qui a un effet sur le développement de relations entre tous les partenaires du processus. On parle ici de la capacité des individus d'offrir les services nécessaires de manière opportune peu importe où ces services doivent être dispensés. Or, non seulement ces services peuvent être difficiles à trouver, mais les patients souffrant de troubles sévères et persistants sont perçus comme des indésirables (Kirk et Therrien, 1975). Cette perception peut empêcher à la fois le patient et le professionnel de fournir une continuité, particulièrement si celle-ci veut dire une continuité du soignant, aspect vital de la continuité des soins (Torrey, 1986). La littérature récente met l'accent sur le *case management*, où le soignant et la personne atteinte de maladie mentale sont perçus comme des partenaires d'un tissu uniforme de dispensation de soins. Toutefois, il existe aussi des problèmes au sein de ces partenariats. Par exemple, Dill et Rochefort (1989) ont suggéré que le *case management* pourrait en réalité accroître le coût total des soins, et les résultats cliniques n'ont pas été très concluants. De plus, bien que les patients les plus difficiles sont souvent ceux qui ont besoin d'une certaine continuité, les *case managers* trouvent parfois assommant de travailler avec des individus qui ne se soumettent pas aux désirs des soignants. Dans ces cas, le patient pourrait être traité par « l'équipe » qui effectivement assure des soins disparates sans continuité. Bref, quel soignant doit assumer la continuité ?

Dans ce contexte, le concept du virage ambulatoire demeure illusoire et maintient les soignants, les professionnels, les non-professionnels, les travailleurs communautaires et institutionnels dans l'incertitude, tous convaincus que le système est chaotique. Fusions d'hôpitaux, changements de politique, coupes budgétaires et discussions sur la continuité se font dans des conditions qui signifient qu'une certaine transformation doit avoir lieu si l'on veut survivre dans un nouveau contexte. Comment cette transformation se manifeste-t-elle ? Peut-être pouvons-nous apprendre de la personne la plus impliquée dans ce processus : le patient lui-même.

Les cliniciens du centre hospitalier et le partenariat avec le patient

Le concept de relations de partenariat entre professionnels et patients apparaît comme une tâche difficile pour les cliniciens institutionnels. S'agit-il d'une relation thérapeutique ? Si oui, quel genre, quel modèle ? S'agit-il d'une alliance thérapeutique ? Si oui, quel genre d'al-

liance a démontré son efficacité avec des patients souffrant de troubles sévères et persistants ?

Dans la relation clinique, il est souvent reconnu que le patient va bien lorsqu'il adhère aux hypothèses normatives quant à ce qui est mieux pour lui, y compris l'idée que l'isolement social doit être évité (Avison et Speechley, 1987). Ces relations cliniques sont décrites en des termes variés, dont l'une, l'alliance thérapeutique, implique d'ajuster son *style interactif* à celui du patient (Harris, 1988) afin de promouvoir l'adhérence à des normes et à des valeurs. Selon cette hypothèse, une faible adhérence aux normes, parfois appelée habileté sociale déficitaire, peut être améliorée avec l'intervention clinique. Toutefois, au moins deux objections peuvent être faites à cette approche. Premièrement, il existe une variété de façons dont se manifestent les habiletés sociales déficitaires dans la schizophrénie (le modèle pour personnes souffrant de troubles sévères et persistants). Deuxièmement les cliniciens, plutôt que les patients eux-mêmes, prennent des décisions sur le genre de formation d'habiletés sociales que les patients recevront. Par exemple, selon une étude, bien que les malades aient dit vouloir une formation en activités de loisir, les cliniciens n'ont pas jugé opportun de les y référer. Cette recherche indique un fossé entre ce que les cliniciens estiment bon comme habiletés sociales et ce dont les patients eux-mêmes pensent avoir besoin (Attkisson et al., 1992). Devant cette réalité, on semble encore loin du concept de relation de partenariat.

L'aspect professionnel de la construction d'une relation par la personne avec diagnostic de schizophrénie et par le thérapeute est discuté dans la littérature psychiatrique. On y souligne que la psychothérapie traditionnelle, qui vise à aider l'individu à acquérir de l'*insight*, n'a pas beaucoup de succès auprès des personnes ayant un tel diagnostic (Gunderson et al., 1984). (Une revue récente des données (Glass et al., 1989) révèle qu'une relation avec un *clinicien expérimenté* sur une période de deux ans a amélioré certains symptômes). La psychothérapie de soutien semble avoir plus de succès. Bien que le concept en soit vaguement décrit, il est habituellement caractérisé par un focus sur l'état subjectif du patient (Wasylenki, 1992). En bâtissant un plan à partir du point de vue du patient, le processus se transforme en alliance thérapeutique. Le thérapeute indique au patient ce qui, selon lui, se passe dans sa vie et tente de découvrir si lui-même pense de la sorte (Rockland, 1993). Ce modèle ajoute foi à la notion d'une relation suivie, centrée sur le patient, où les processus intra-personnels d'interaction sont le focus de la rencontre.

L'écoute thérapeutique implique à la fois un mode de sentir (*feeling mode*) en termes d'empathie et un mode cognitif où le thérapeute se

concentre sur les objectifs et les tâches du patient (Goering et Stylianos, 1988). Des techniques d'écoute intensive où le thérapeute montre qu'il comprend les difficultés de vivre avec une maladie mentale sont décrites comme aidantes pour les personnes souffrant de troubles mentaux en général et de schizophrénie en particulier (Carpenter, 1984, 1993 ; Kates et Rockland, 1994 ; Priebe et Gruyters, 1993). L'avantage de l'alliance est sa continuité. D'autres caractéristiques sont *l'empathie, la chaleur humaine et l'authenticité* qui développent *la compréhension, une très grande source de confort* (Wasylenki, 1992, 124).

En bref, les aspects non spécifiques et encourageants d'une relation, qui caractérisent sans doute la plupart des relations et des amitiés — non reliées à une technique proprement thérapeutique —, aident aussi les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie dans leur vie quotidienne. Ainsi, l'écoute empathique est l'une des meilleures stratégies pour créer un partenariat entre les cliniciens ou les individus atteints de maladie mentale et les travailleurs communautaires, professionnels ou non. La plupart des cliniciens sont conscients du concept de l'écoute thérapeutique. Toutefois, comme le montre un des deux cas suivant, ils ne pratiquent pas toujours ce qu'ils savent. Ces cas démontrent comment les cliniciens institutionnels ont écouté ou non les patients comme individus, leurs familles et les autres qui, dans la communauté, essayaient de prodiguer des soins.

Le premier cas illustre ce qui s'est produit lorsque les cliniciens ont utilisé leur relation de partenariat avec le patient pour écouter la solution telle que le patient la voulait. Le deuxième clarifie une relation de partenariat entre les soignants de l'hôpital et du communautaire (professionnels et non-professionnels) qui se sont entendus mutuellement mais n'ont pas écouté le patient. Les soignants ont formulé un plan basé sur des besoins identifiés mais, restant sourds au patient, ils ont été incapables de le mener à terme. Ainsi, à l'égard du problème de partenariat entre cliniciens et individus, nous posons la question : quelles sont les conditions de la vie clinique quotidienne qui permettent de former et de nourrir une relation « réussie », qui contribue à faire que la personne se sente capable de contrôler, dans une certaine mesure du moins, ce qui l'attend sur le chemin du traitement et des soins au sein de notre système actuel ?

Le succès : qu'est ce qui a bien fonctionné ?

Mlle P. J., 40 ans, a un diagnostic de maladie bipolaire. Sa première admission à l'hôpital a eu lieu à 17 ans. À sa dernière hospitalisation, l'équipe de traitement a rencontré les membres de sa famille, pris avec le dilemme de dire à leur fille qu'elle ne pouvait retourner à la

maison. Ils avaient démontré au cours des années une ambivalence sérieuse quant à son hébergement. Malgré les efforts des cliniciens, la famille avait paru « saboter » toute entente faite en dehors du domicile familial. Cependant, la fille devenant agressive envers eux, les parents n'étaient plus en mesure de tolérer son comportement, notamment sa propension à trop manger et à porter peu d'attention à son hygiène personnelle.

Au début, cette patiente ne voulait pas accepter le fait qu'elle ne pouvait rentrer chez elle. Ses parents vacillaient constamment dans leur décision. L'équipe de soins était convaincue qu'elle devait être placée dans un foyer d'accueil.

Au cours d'une période de plusieurs mois, des rencontres eurent lieu avec la famille, la patiente et l'équipe. Beaucoup de travail fut accompli par l'infirmière des soins de base¹ et le travailleur social afin d'aider sa famille à lui dire qu'elle ne pouvait rentrer à la maison. L'équipe de l'hôpital, l'infirmière, le travailleur social, l'infirmière en chef et le médecin ont aussi travaillé avec la patiente afin d'explorer l'idée de séparation d'avec la famille. À ce stade, la patiente a souvent exprimé la peur que sa famille « n'y arriverait pas » si elle n'était pas présente à la maison. Ce genre de discussion continua jusqu'à ce qu'elle soit en mesure finalement d'exprimer que peut-être était-ce elle qui n'y arriverait pas advenant un retour à la maison. Finalement, un placement adéquat fut trouvé. Bien qu'initialement, elle était mécontente de l'endroit, elle finit par s'y habituer. Ce qui a aidé dans cette situation, c'est le développement de relations entre l'infirmière, le travailleur social, le patient et le soignant qui se rencontraient régulièrement au foyer d'accueil. L'infirmière et le travailleur social visitaient aussi la famille régulièrement. Lorsque les rencontres avaient lieu à l'hôpital, le soignant du foyer d'accueil y participait avec la famille, la patiente et l'équipe clinique. Bien que les perspectives et le vocabulaire n'étaient pas souvent partagés, il y avait un objectif commun à tous : personne ne voulait que la patiente demeure à l'hôpital.

Exemple de perspectives non partagées : la famille croyait que si la fille se mariait, la plupart de ses problèmes seraient résolus. L'équipe de l'hôpital croyait qu'il s'agissait d'une solution trop simpliste et vouée à l'échec. La mère du foyer d'accueil croyait que J. P. était plutôt entêtée, alors que l'équipe de l'hôpital décrivait ces comportements comme fonction résultant d'une psychose résiduelle et intraitable. La patiente décrivait ses comportements comme une réponse à ceux qui tentaient de la contrôler. Malgré ces différences de vues, l'individu, la famille et l'hôpital convenaient que la patiente ne devait pas demeurer à

l'hôpital ni retourner chez elle. Essentiels furent l'objectif commun et le partenariat dans la prise de décision. La personne est allée en foyer d'accueil, quelques mois plus tard elle prit un appartement avec un ami de cœur, et la situation se stabilisa.

Échec : qu'est-ce qui a mal tourné ?

Monsieur A. G., 52 ans, a un diagnostic de schizophrénie chronique et de délires paranoïdes. Comme Mlle P. J., il était incapable de quitter l'institution à cause de son agressivité envers sa famille. L'objectif de l'équipe de l'hôpital était de l'aider, lui et sa famille, à se séparer et de le placer dans un environnement communautaire approprié. Étant donné qu'il était hospitalisé depuis longtemps, tout le personnel voulait qu'il soit placé.

Pendant la période d'hospitalisation, on travailla avec la famille pour faciliter le processus de séparation. Lors de rencontres avec la famille, l'équipe mettait l'accent sur les tendances agressives de l'individu et sur son incapacité à retourner à la maison. Il était clair que la famille croyait que si un traitement approprié lui était donné, il pourrait retourner à la maison et ainsi son état continuerait de s'améliorer. Le patient aussi croyait que s'il retournait à la maison, il irait mieux. Malheureusement, à chaque fois qu'il y retournait, il était agressif envers sa famille, ce qui nécessitait une réadmission. Éventuellement, la famille refusa de l'avoir à la maison, mais en s'opposant toujours à un placement en foyer d'accueil.

L'équipe de l'hôpital lui trouva un placement communautaire en milieu rural. Ici, les soignants étaient des professionnels de haut niveau, bien formés et dotés de toutes les capacités de composer avec les comportements de l'individu. De plus, l'équipe de l'hôpital et l'équipe de ressources communautaires avaient d'excellents rapports. Le patient était placé dans un environnement idéal à la campagne avec beaucoup d'espace, une bonne nourriture, et de nouveaux équipements incluant tout ce dont les soignants, professionnels ou non, pouvaient désirer. Ouvertement, tous semblaient d'accord avec cette entente. Néanmoins, une semaine plus tard, P. J. était réadmis à l'hôpital.

Que s'est-il passé ? Ce cas laisse sous-entendre que le partenariat manifesté entre la personne, les soignants, l'équipe de l'hôpital ne reflétait pas en fait la réalité. Tous les partenaires professionnels et non professionnels croyaient que l'endroit était excellent. Les gens de l'endroit estimaient que l'individu était idéal pour cet hébergement — même si le patient n'avait pas eu de choix —, il n'était pas un partenaire, il était un

patient. Il ne pouvait rentrer à la maison. Il devait aller quelque part, *n'importe où*, mais pas à la maison. L'ambivalence de la famille et du patient n'a pas été prise en compte et discutée à fond. Le patient retourna à l'hôpital où, de son point de vue, il n'existe pas d'ambivalence, on prend soin de vous.

Ce cas illustre le fait que les efforts des cliniciens, s'ils visent seulement à apprendre à travailler avec la communauté, se solderont fort probablement par un échec, à moins que le patient n'y participe comme partenaire à part entière. Peut-être que si le patient avait bénéficié d'une continuité de soins en vue de développer une relation empathique avec ne serait-ce qu'un seul des cliniciens, le résultat aurait pu être différent. Bien que les soignants des hôpitaux et du communautaire peuvent ne pas partager les mêmes perspectives professionnelles ou les mêmes points de vue, dans le partenariat triadique la pleine participation du patient apparaît essentielle.

Conclusion

Cet article a décrit comment les processus pour transférer les soins des hôpitaux psychiatriques aux hôpitaux généraux puis aux soins communautaires contrôlent les soins dans le cadre d'une relation. La croyance voulant que l'asile, où les traitements et le suivi étaient situés à un endroit et où les relations étaient plus claires, rende l'accès au soin et la continuité plus faciles, est tout simplement fausse. Certains cliniciens ont demandé un retour de l'asile où les gens pourraient recevoir tous les soins et ainsi recommencer à neuf (Wing, 1990). Si l'on est tenté de souscrire à cette théorie, il est important de se rappeler que les asiles avaient des pavillons fermés, une interaction professionnelle minimale, et décourageaient l'implication des familles et de la communauté. Or, en période de compression budgétaire, ces conditions peuvent aisément se reconstituer. Bien qu'en 1997 il y ait, du moins en milieu hospitalier, un personnel réduit et moins d'argent, il existe souvent une interaction avec les familles, plus d'interaction avec les patients et davantage de dialogue avec les travailleurs communautaires ; des partenariats se forment. Ceci est beaucoup plus thérapeutique que n'importe quel asile.

Alors que les relations de « contrôle et de soins » dans l'hôpital psychiatrique étaient essentiellement du ressort des professionnels, le contrôle et les soins dans les relations sont aujourd'hui essentiellement du ressort de l'individu qui souffre d'un trouble mental. Comme cet individu demeure au centre du cercle de soins, de nouvelles relations se constituent entre les cliniciens de l'hôpital et du communautaire, les

travailleurs communautaires, les législateurs et les autres forces externes. Au cours de ce processus, des partenariats internes au sein de l'équipe de l'hôpital se dissoudront, se reconstitueront et réémergeront dans les nouvelles façons de faire. Malgré l'anxiété exprimée à propos de ces changements par de nombreux praticiens, qui craignent que le système se détruise, il est clair maintenant que ces derniers doivent s'engager dans ce processus. L'argument est solide qui veut que la *clé* soit maintenant dans la façon dont les cliniciens écoutent les personnes ayant des troubles mentaux. S'ils participent bien, ils pourraient découvrir que le chemin actuel, fort éloigné des anciennes relations de l'hôpital psychiatrique et, jusqu'à maintenant, moins usé que les routes de la présente équipe clinique de l'hôpital général, fera toute la différence.

Note

1. Le « primary nursing » se réfère à une philosophie selon laquelle une infirmière est responsable de l'évaluation, de la planification et de la dispensation de soins pendant l'hospitalisation d'un patient.

Références

- ATTKISSON, C., COOK, J., KARNO, M., LEHMAN, A., MCGLASHAN, T., MELTZER, H., O'CONNOR, M., RICHARDSON, D., ROSENBLATT, A., WELLS, K., WILLIAMS, J., HOHMANN, A., 1992, Clinical services research, *Schizophrenia Bulletin*, 18, 4, 627-669.
- AVISON, W., SPEECHLEY, K., 1987, The discharged psychiatric patient: A review of social, social-psychological, and psychiatric correlates of outcome, *American Journal of Psychiatry*, 144, 1, 10-18.
- BACHRACH, L. L., 1989, Deinstitutionalization: A semantic analysis, *Journal of Social Issues*, 45, 3, 161-171.
- BACHRACH, L. L., 1991, Community psychiatry's changing role, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 6, 573-574.
- BACHRACH, L. L., 1992, Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients, *American Journal of Psychiatry*, 149, 11, 1455-1462.
- BOUDREAU, F., 1987, The making of mental health policy: the 1980s and the challenge of sanity in Quebec and Ontario, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6, 1, 27-47.
- BREIER, A., STRAUSS, J., 1984, The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders, *American Journal of Psychiatry*, 141, 8, 949-955.

- BROWN, G., 1997, *Presentation at McGill University*.
- CARPENTIER, W., 1993, Commentary: Psychosocial Treatment of Schizophrenia, *Psychiatry*, 56, 301-306.
- CARPENTIER, W., 1984, A perspective on the psychotherapy of schizophrenia project, *Schizophrenia Bulletin*, 10, 4, 599-603
- CLAUSEN, J., YARROW, M., 1955, Paths to the Mental Hospital, *Journal of Social Issues*, 4, 11, 12-25.
- COMMISSION ROCHON, (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux) 1988, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Les Publication du Québec.
- COURSEY, R., 1989, Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia, The need for a new agenda, *Schizophrenia Bulletin*, 15, 3, 349-353.
- DILL, A., ROCHEFORT, D., 1989, Coordination, continuity, and centralized control: A policy perspective on service strategies for the chronic mentally ill, *Journal of Social Issues*, 45, 3, 145-159.
- FABREGA, H., 1989, On the significance of an anthropological approach to schizophrenia, *Psychiatry*, 52, 45-65.
- GILBERT, S., UGELSTAD, E., 1994, Patients' own contributions to long-term supportive psychotherapy in schizophrenic disorders, *British Journal of Psychiatry*, 164, 23, 84-88.
- GLASS, L. L., KATZ, H., SCHNITZER, R., KNAPP, P., FRANK, A., GUNDERSON, J., 1989, Psychotherapy of schizophrenia: An empirical investigation of the relationship of process to outcome, *American Journal of Psychiatry*, 146, 5, 603-608.
- GOERING, P. N., STYLIANOS, S., 1988, Exploring the helping relationship between the schizophrenic client and rehabilitation therapist, *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 2, 217-280.
- GREENBLATT, M., BECERRA, R. E., SERAFETINIDES, A., 1982, Social networks and mental health: An overview, *American Journal of Psychiatry*, 139, 977-984.
- GUNDERSON, J. G., FRANK, A. F., KATZ, H. M., 1984, Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: Comparative outcome of two forms of treatment, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 564-598.
- GUTHEIL, T., 1985, The therapeutic milieu: Changing themes and theories, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 12, 1279-1285.

- HARDING, C. M., ZUBIN, J., STRAUSS, J. S., 1987, Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact or artifact?, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 477-486.
- HARNOIS, B., Comité de la Santé Mentale du Québec, 1987, *Pour un partenariat élargi*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- HARRIS, M., 1988, New directions for clinical Case Management, in Harris, M., Bachrach, L. L., eds., *Clinical Case Management, New Directions for Mental Health Services*, 40, San Francisco, Jossey-Bass, 87-95.
- KATES, J., ROCKLAND, L. 1994, Supportive psychotherapy of the schizophrenic patient, *American Journal of Psychotherapy*, 48, 4, 543-561.
- KIRK, S., THERRIEN, M., 1975, Community mental health myths and the fate of former hospitalized patients, *Psychiatry*, 38, 209-217.
- LAMB, H. R., 1981, What did we really expect from deinstitutionalization? *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 2, 105-109.
- LECOMTE, Y., 1987, Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie), *Santé mentale au Québec*, XII, 2, 33-49.
- MOSSMAN, D., 1997, Deinstitutionalization, homelessness, and the myth of psychiatric abandonment: a structural anthropology perspective, *Social Science and Medicine*, 44, 1, 71-83.
- PRIEBE, S., GRUYTER, T., 1993, The role of the helping alliance in psychiatric community care, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 181, 9, 552-557.
- REINKE, B., GREENLY, R., 1986, Organizational analysis of three community support programs, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 6, 624-629.
- ROCKLAND, L., 1993, A review of supportive psychotherapy, 1986-1992, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 11, 1053-1059.
- TURNER, J. C., TENHOUR, W. J., 1978, The NIMH community support program: Pilot approach to a needed social reform, *Schizophrenia Bulletin*, 4, 3, 319-344.
- WASYLENKI, D., 1992, Psychotherapy of Schizophrenia Revisited, *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 2, 123-127.
- WHITE, D., 1992, (De)-constructing continuity of care: The deinstitutionalization of support services for people with mental health problems, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 11, 1, 85-99.

WHITE, D., BEAL, G., 1994, Quebec: A socio-health approach to service delivery, in Singh, B., Bolaria, R., eds., *Women, Medicine and Health*, Halifax, Fernwood Publishing, 25-38.

WHITE, D., JUTRAS, S., 1990, *Formal and informal care: is a partnership possible?*, Unpublished paper presented at the 25th annual meetings of the Canadian Sociology and Anthropology Association.

WING, J. K., 1990, The function of asylum, *British Journal of Psychiatry*, 157, 822-827.

ABSTRACT

Creating partnerships: perspectives and possibilities

This article re-examines access to treatment and care in the current context of fiscal restriction and change in locus of care. Taking the position that the development of partnerships with all parties who work in the mental health area is an important process, this article argues that such processes are infrequently discussed. Further, creating a partnered relationship with the person with mental disorder is also neglected. The authors examine mechanisms of relationship change as care moved from large, total-care institutions to general hospitals and finally, to the community. How professionals, individuals with mental disorder and their families have been affected by this change in terms of how alliances are constituted and maintained is discussed. The authors conclude with two case examples which illustrate the reconciliation and non-reconciliation of differing points of view between all partners which likely affected clinical outcomes.